



BEAUFORT JASPER HAMPTON COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.
REGISTRATION/REGISTRACION

OFFICE LOCATION (Ubicación de la oficina)

Section Completed By Office Staff (Sección completada por el personal de oficina)

Chelsea Estill Hampton Hardeeville Port Royal Port Royal II Ridgeland Sheldon St. Helena

Patient # _____ Guarantor # _____ Today's Date _____

PATIENT INFORMATION (Información del paciente)

Last (Apellido) _____ First (Nombre) _____ Middle Initial (Inicial) _____

Social Sec # (Número Seguro Social) _____ - _____ - _____ Date of Birth (Fecha de nacimiento) _____

Address (Dirección) _____ City (Ciudad) _____

State (Estado) _____ Zip Code (Código postal) _____ Place of Birth (Lugar de nacimiento) _____

Home # (Casa #) (_____) Cellular # (Celular #) (_____) _____

Employer (Empleador) _____ Work # (Trabajo #) (_____) _____

Sex at Birth (Sexo al nacer): Male (Hombre) Female (Mujer)

Gender Identity (Identidad de género): Male (Hombre) Female (Mujer) Genderqueer (Género "queer")

Female-to-Male/Transgender Male (Mujer-a-hombre/Hombre Transvertista)

Male-to-Female/Transgender Female (Hombre-a-mujer/Mujer Transvertista)

Other (Otro) _____ Refuse To Report (Se negó a reportar)

Sexual Orientation (Orientación sexual): Straight (Recto)/Heterosexual Lesbian (lesbian)/Gay (gay)/Homosexual

Bisexual (Bisexual) Something Else (Algo más) Don't Know (No sé) Chose Not To Disclose (Elijó no revelar)

Marital Status (Estado civil): Married (Casado) Single (Soltero) Divorced (Divorciado) Widowed (Viudo)

Legally Separated (Legalmente separado) Partner (Con pareja)

Race (Raza): African American/Black (Afro Americano/Negro) White (Blanco) Asian (Asiático)

American Indian/Alaska Native (Indio Americano/Nativo de Alaska) Native Hawaiian (Nativo Americano)

Other Pacific Islander (Otros isleños del Pacífico) _____ More than one race (Más de una raza)

Unreported/Refuse To Report Race (No reportado/Se negó a reportar la raza)

Ethnicity: Hispanic/Latino (Hispano/Latino) Not Hispanic/Latino (No hispano/latino) Unreported/Refuse To Report (No reportado/Se negó a reportar)

Primary Language (Idioma principal): English (Inglés) Spanish (Español) Other (Otro) _____

METHOD OF PAYMENT (Método de pago)

PRIMARY INSURANCE (Primario-Seguro nombre de compañía) _____

Policy Number (Número de póliza) _____ Group # (Grupo #) _____

Address (Dirección) _____ Phone # (Teléfono #) (_____) _____

Subscriber's Name (Nombre de subscriptores) _____ DOB (Fecha de nacimiento) _____

SECONDARY INSURANCE (Secundario-Seguro nombre de compañía) _____

Policy Number (Número de la póliza) _____ Group # (Grupo #) _____

Address (Dirección) _____ Phone # (Teléfono #) (_____) _____

Subscriber's Name (Nombre de subscriptores) _____ DOB (Fecha de nacimiento) _____



**BEAUFORT JASPER HAMPTON COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.
REGISTRATION/REGISTRACION**

If "No" insurance, have you applied for or received Medicaid? (¿Ha solicitado o recibido, Medicaid?) Yes (Sí) No
If yes, when? (¿En caso afirmativo, cuando?) _____

GUARANTOR INFORMATION (Información del garante)

Name (Nombre) _____ Date of Birth (Fecha de nacimiento) _____
Address (Dirección) _____ City (Ciudad) _____
State (Estado) _____ Zip Code (Código postal) _____
Home # (Casa #) (_____) _____ Cellular # (Celular #) (_____) _____

EMERGENCY INFORMATION (Información de emergencia)

Emergency Contact Name (Contacto de emergencia) _____
Emergency Address (Dirección de emergencia) _____
Emergency Telephone Number (Número de emergencia) _____
Relationship To Patient (Relación con el paciente) _____

GENERAL RELEASE/ASSIGNMENT OF BENEFITS (Liberación general/Asignación de beneficios)

I hereby guarantee payments of all charges incurred for the amount of this patient including transportation and care at any hospital or other facility by a physician/healthcare provider and assign any benefits for that patient to Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. I hereby authorize Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. to furnish from its records any information requested by insurance of liable third parties in connection with the above assignments.

Aquí yo garantizo pagos de todo los cargos contraídos por los cargos de este paciente incluyendo tranportación y cuidado en cualquier hospital o en otra facilidad por un médico y asigno cualquiera información pedida por seguros de los partidos responsables en conección con las asignaciones de arriba. Yo autorizo a Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. para proveer de sus registros toda la información solicitada por el seguro de los sujetos envueltos en relación con las asignaciones anteriores

Signature (Firma) _____ Date (Fecha) _____
Relationship to patient (Relación al paciente)
 Self (Yo) Spouse (Esposo) Parent/Guardian (Padres/Guardian) Other (Otro) _____

MEDICARE RELEASE/ASSIGNMENT OF BENEFITS (Liberación de Medicare/Asignación de beneficios)

I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVIII of the Social Security Act is correct. I authorize the holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers, or any additional third party responsible for payments of benefits, any information needed for this or any Medicare claim. I request that payment of the authorized benefits be made on my behalf. I assign payment for the unpaid charges for outpatient and inpatient visits by physicians/healthcare providers for whom Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. is authorized to bill. I understand that I am responsible for any health insurance deductibles, co-pays, and co-insurances.

Certifico que la información que me da al solicitar el pago en virtud del título XVIII de la ley de seguridad social es correcta. Autorizo al titular de información médica o de otra índole sobre mí a ser liberado a la administración del seguro social o a sus intermediarios o transportistas, o a cualquier tercero adicional responsable del pago de los beneficios, cualquier información necesaria para esto o cualquier otro tipo de Reclamación de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre. Asigno el pago de los cargos no pagados para las visitas de pacientes ambulatorios y hospitalizados por médicos/proveedores de atención médica para quienes Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. está autorizado a facturar. Entiendo que soy responsable de los deducibles de seguro de salud, copagos y co-aseguranzas.

Signature (Firma) _____ Date (Fecha) _____
Relationship to patient (Relación al paciente)
 Self (Yo) Spouse (Esposo) Parent/Guardian (Padres/Guardian) Other (Otro) _____



**BEAUFORT JASPER HAMPTON COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.
REGISTRATION/REGISTRACION**

CONSENT FOR TREATMENT (Consentimiento para tratamiento)

I hereby authorize Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. to provide medical, surgical, dental behavioral health, health education and hospital treatment including but not limited to any x-ray examinations and injections as may be ordained as advisable or necessary by the attending professional staff.

Yo autorizo a Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. para proporcionar servicios médicos quirúrgicos, dentales, salud del comportamiento, educación para la prevención de la salud y tratamiento en el hospital, incluyendo pero sin limitarse a, los exámenes de rayos X y las inyecciones que pueden ser ordenados como sea necesario por el personal de asistencia profesional.

Signature (Firma) _____ **Date (Fecha)** _____

Relationship to patient (Relación con el paciente)

Self (Yo) Spouse (Esposo) Parent/Guardian (Padres/Guardian) Other (Otro) _____

ADDITIONAL INFORMATION (Información Adicional)

1. Do you have an Advance Directive? (¿Tiene una Directiva Anticipada?) Yes (Sí) No
2. Did you receive your Patient's Rights and Responsibilities? (¿Recibió los Derechos y Responsabilidades del Paciente?)
 Yes (Sí) No
3. Do you work on a farm? (¿Trabaja en una granja?) Yes (Sí) No
* Is it? (¿Es?) Seasonal (Todo el año) Migrant (Trabajador migrante)
4. Are you a veteran? (¿Es usted un veterano?) Yes (Sí) No
5. Please provide your email address if you would like to register for the Patient Portal. (Indique su dirección de correo electrónico si desea registrarse en el Portal del Paciente.)

Email Address (Correo electrónico) _____

6. Would you like to receive automated calls and text message reminders and information? (¿Desea recibir recordatorios e información de llamadas automatizadas y mensajes de texto?) Yes (Sí) No
7. **Is Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. your preferred pharmacy? (¿Es la farmacia de Beaufort Jasper Hampton Servicios Comprensivos de Salud, Inc. su farmacia preferida?)** Yes (Sí) No

If "No", which pharmacy is preferred? (¿Si "No", qué farmacia prefiere?) _____

Pharmacy Location (Localización de la farmacia) _____

Pharmacy Telephone Number (Número de teléfono de la farmacia) _____

SIGNATURE (Firma)

I declare under penalty of perjury that I have examined all the information on this form, and on any accompanying statements or forms, and it is true and correct to the best of my knowledge.

Declaro bajo pena de perjurio, que he examinado toda la información en esta forma, y en cualquier declaración de acompañamiento de las formas, y es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

**Patient or Authorized Representative's Signature
(Firma del Paciente o Representante Autorizado)**

**Print Patient's Name
(Imprimir nombre del paciente)**

Relationship to Patient (Relación con el paciente) _____ **Date (Fecha)** _____

Witness Signature (Firma de Testigo) _____ **Date (Fecha)** _____



**BEAUFORT JASPER HAMPTON COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.
REGISTRATION/REGISTRACION**

NOTICE OF PRIVACY PRACTICE (Aviso de prácticas de privacidad)

Patient Name (Nombre del paciente) _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento) _____

Receipt of Notice of Privacy Practices Obtained

(Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad obtenido) Yes (Sí) No Date (Fecha) _____

For your protection, please list individuals whom you are granting access to your health information.

(Para su protección, haga una lista de las personas a quién le da acceso a su información de salud.)

Print Name (Nombre)

Relationship (Relación)

Telephone (Teléfono)

Print Name (Nombre)

Relationship (Relación)

Telephone (Teléfono)

Print Name (Nombre)

Relationship (Relación)

Telephone (Teléfono)

Restriction(s) Requested by Patient (Approved by the Organization) (Restricciones solicitada por el paciente (Aprobado por la organización))

For your protection, please list any restrictions for communicating your health information below.

Para su protección, por favor enumere cualquier restricción para comunicar su información de salud a continuación.

I understand that the access granted and restrictions listed above will apply until I officially request a change.

(Yo entiendo que el acceso concedido y las restricciones mencionadas anteriormente se aplicarán hasta que oficialmente solicite un cambio.)

Patient/Legal Guardian Signature (Paciente/Tutor legal firma)

Date (Fecha)

Section Completed By Office Staff (Sección completada por el personal de oficina)

Patient Restriction(s) Approved (Restricción(es) del paciente aprobada(s)) Yes (Sí) No

Staff Name (Nombre del personal)

Staff Signature (Firma testigo)

Date (Fecha)